

ご担当医 様

八戸保健医療専門学校

学校伝染病治癒証明書記入について(ご依頼)

学校保健法に定められた学校伝染病罹患の本学学生について、診断名及び今回の出席停止が必要であったと考えられる期間を、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

事務局 TEL0178-24-5127

学校伝染病治癒証明書

学生番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記の学生を学校感染症と診断しましたので、報告致します。

また、本疾患が軽快したため、学校感染症予防止上登校しても支障がないことを認めます。

(下記疾患の該当欄に○印を記入して下さい。)

	結核		インフルエンザ(            型)
	麻疹		流行性結膜炎
	風疹		急性出血性結膜炎
	流行性耳下腺炎		マイコプラズマ肺炎
	百日咳		溶連菌感染症
	水痘		腸管出血性大腸菌感染症
	咽頭結膜熱		その他(                            )

初診                            平成    年    月    日

登校禁止期間            平成    年    月    日    ～    平成    年    月    日

登校許可                    平成    年    月    日

平成    年    月    日

医療機関名・住所

医師名 \_\_\_\_\_ 印